

Rehabilitatie van het terminaal gemutileerde gebit of van volledig edentulisme in de boven- en/of onderkaak door middel van implantaten.

Het 'All-on-4'-concept met directe belasting (immediate loading).

Auteur:

dr. Karen Supply, medisch diensthoofd Mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde - stomatologie en
dr. Francis De Ketelaere, stafid Mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde - stomatologie

Inleiding

Het verlies van alle tanden in de boven- en/of onderkaak wordt door de patiënten vaak als zeer traumatisch ervaren. Er is naast het evidente verlies aan kauwfunctie, met bijgevolg een slechtere vertering of smaak, ook een niet onbelangrijke impact op het esthetische aspect. Dit kan leiden tot een schaamtegevoel met verminderd welzijn of welgevoelen en nefaste gevolgen zoals vereenzaming, sociaal isolement en depressie.

Ter vervanging van de tandelementen wordt doorgaans gebruik gemaakt van een volledige uitneembare prothese, dit zowel in de boven- als onderkaak. Herstel van de kauwfunctie en verbetering van de esthetiek wordt hierbij beoogd. Evenwel gaat het gebruik van dergelijke prothesen gepaard met enkele belangrijke nadelen.

In de bovenkaak dient de prothese het volledige harde verhemelte te bedekken om de retentie maximaal te maken. Dit zorgt echter voor een bepaald volume, hetwelke een wurgreflex kan uitlokken. Bovendien leidt dit tot een verminderde gewaarwording van smaak of temperatuur. Voor de onderste prothese ligt het probleem vooral bij het gebrek aan retentie.

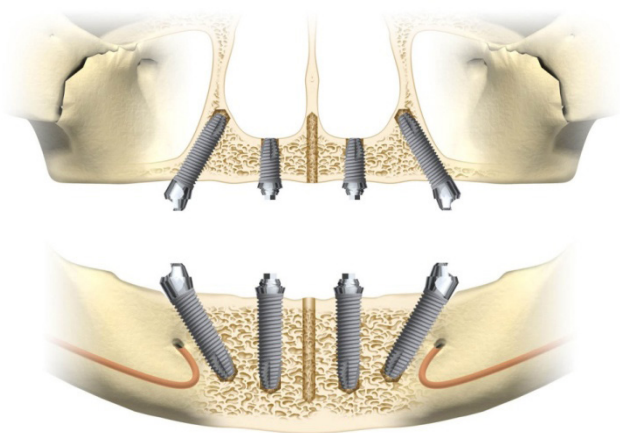
Vandaag spelen implantaten de hoofdrol in het herstel van kauwfunctie en verbetering van de levenskwaliteit van de edentate patiënten door het bieden van bijkomende verankeringspunten. Een uitneembare prothese kan gefixeerd worden mits plaatsing van 4 implantaten in de bovenkaak en/of 2 in de onderkaak. Men spreekt hierbij van een overkappingsprothese op deze implantaten. Ook het bedekken van het verhemelte is hierbij niet meer nodig.

Dit zorgt dan ook reeds voor een sterke verbetering in kauwfunctie, gewaarwording, welbevinden en bijgevolg levenskwaliteit van de edentate patiënt.

Principes van de All-On-Four-implantatieprocedure

Meer en meer patiënten wensen bovendien een zo natuurgetroouw mogelijke reconstructie en opteren voor de plaatsing van een volledig 'vaste' (niet uitneembare) brugstructuur op deze implantaten.

Via het All-on-Four-concept, dat wij sinds 2011 in onze dienst Mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde aanbieden en geoptimaliseerd hebben, pogen wij aan deze verzuchtingen van de patiënt tegemoet te komen. Hierbij is ook een strikte samenwerking en communicatie met de tandarts belangrijk. >>



Figuur 1 (Bron: Nobel Biocare Belgium)

Als **eerste principe** geldt dat door het strategisch plaatsen van de implantaten men maximaal gebruik maakt van de beenderige structuren van de kaak en men vitale structuren mijdt.

Een minimum van vier implantaten wordt geplaatst in het kaakbot.

Door het schuin plaatsen van de distale implantaten, wordt enerzijds een breder platform gecreëerd om een goede stabiliteit voor het vaste brugwerk op de implantaten te bekomen en anderzijds zal men hierdoor belangrijke structuren in de kaak vermijden. In de onderkaak betreft dit de Nervus alveolaris inferior, belangrijk voor het behoud van gevoel in onderlip en kin. In de bovenkaak gaat het om de sinus maxillaris (Figuur 1).

Het spreiden van de implantaten laat tevens een vlotte reiniging van de brugstructuur toe.

Het **tweede principe** is dit van de directe belasting of *immediate loading* van de implantaten.

Hierbij zullen we in éénzelfde behandeltime, na het extraheren van de resttanden en het plaatsen van de implantaten, ook de nodige handelingen uitvoeren (afdrukname, beetregistratie) om zo spoedig mogelijk de patiënt te voorzien van een voorlopige vaste gebitsvoorziening op deze implantaten. Deze laatste fase kan, indien gewenst, ook bij de tandarts worden uitgevoerd.

De implantaten worden binnen de 48 uur voorzien van een vaste voorlopige brug, die ter plaatse blijft gedurende de periode van osseo-integratie van de implantaten in het bot. De tijd dat het implantaat nodig heeft om volledig vast te groeien hangt af van het type implantaat en de kwaliteit van bot en varieert van 6 weken tot 6 maanden.

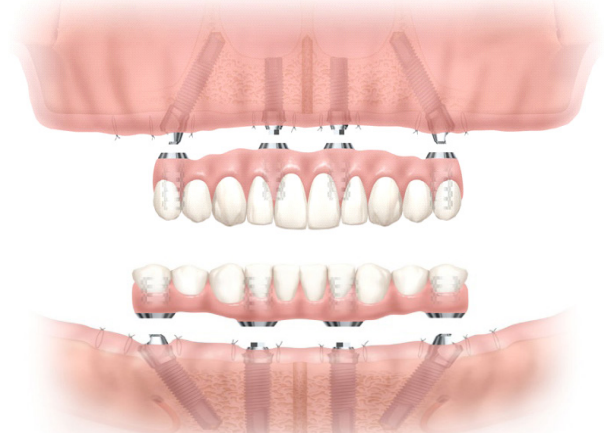
Gedurende de ingroefase van de implantaten zal de patiënt zich echter moeten onthouden van het kauwen van hard voedsel, om de osseo-integratie van de implantaten niet te compromitteren.

Na de periode van ingroei van de implantaten zal de tandarts overgaan tot het plaatsen van een definitieve brug op de implantaten, waarbij deze doorgaans een tien- tot twaalfstal tanden per kaak draagt (Figuur 2). Zowel op esthetisch als op kauwfunctioneel gebied bekomt men op deze manier een volwaardige reconstructie.

Praktische realisatie

Vorbereidingsfase:

Tijdens het eerste consult zal de indicatiestelling voor de plaatsing van implantaten gebeuren. Er wordt nagekeken of het restgebit, voor zover nog aanwezig, al dan niet behouden kan worden.



Figuur 2 (Bron: Nobel Biocare Belgium)

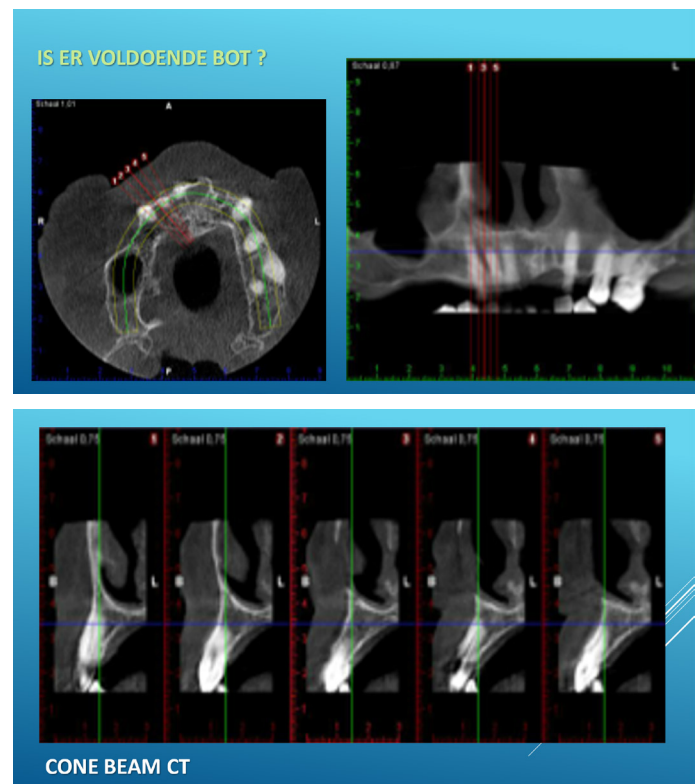
Met behulp van een uitgebreide anamnese dienen eventuele contra-indicaties (zoals inname van bisfosfonaten, niet goed gereguleerde diabetes mellitus, status na radiotherapie, nicotine abus, ...) te worden opgespoord.

Ook de bespreking van het kostenplaatje is belangrijk gezien deze procedure niet terugbetaald wordt en de patiënt hierover correct geïnformeerd moet te worden.

Vervolgens zal door middel van radiologische investigatie (OPG, CBCT) het beenderig aanbod in de kaken worden beoordeeld en de implantaatplaatsing optimaal worden voorbereid. Ingeval er te weinig bot zou zijn, zal er naar alternatieve procedures uitgekoken moeten worden (Figuur 3).

Aan de tandarts van de patiënt wordt gevraagd om de nodige afdrucken in de mond te nemen, samen met de beetname. Hierdoor kan het tandheelkundig labo de nodige voorbereidende werken uitvoeren in het kader van de directe belastingsprocedure. Op die manier kunnen we de patiënt op korte termijn van de voorlopige vaste brug voorzien.

Figuur3



Chirurgische procedure:

Het extraheren van de resttanden, het plaatsen van de implantaten en de afdrukname voor de vervaardiging van de voorlopige vaste brug, wordt doorgaans onder lokale verdoving met eventueel orale sedatie uitgevoerd. Als sedativum wordt Flunitrazepam 1mg toegediend, 1 uur voor de ingreep in de lokalen van de dienst MKA.

De ingreep zelf duurt ongeveer 2 uur, waarna de patiënt terug huiswaarts keert (onder begeleiding). Daags nadien kan de brugconstructie op de implantaten worden aangebracht (Figuur 4). Een controle van de occlusie met eventueel inslijpen van de prothese is belangrijk om overdrukpunten weg te nemen en een stabiele beetsituatie te creëren.

Nazorg

In het post-operatieve verloop zal een regelmatige controle van de situatie plaatsvinden om de functie van de implantaatgedragen brug te kunnen evalueren. Eveneens wordt op de dienst met behulp van een vragenlijst gepolst naar esthetiek, spraak en kauwfunctionaliteit van het voorlopige werk. Op die manier worden de pijnpunten bekeken en kan een optimalisatie gebeuren wanneer de tandarts de definitieve brugstructuur zal vervaardigen.

Ook na het plaatsen van het definitieve brugwerk zal de patiënt regelmatig worden opgevolgd en zal ondersteuning van de mondhygiëne worden gegeven om een stabiel langetermijnsresultaat te kunnen bekomen.

Gezien het gaat om een doorgaans ouder wordende populatie, die hun tanden vaak verliezen door cariësproblematiek of parodontitis, kan het belang van een gedegen nazorg niet worden onderschat.

Deze taak wordt vooral waargenomen door de tandarts, waarbij de dienst Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde vooral een ondersteunende rol zal spelen. ■



Figuur 4: voorlopige brug volgens all on four concept

Mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde - stomatologie

dr. J. Abeloos
dr. T. De Backer
dr. J. De Ceulaer
dr. C. De Clercq
dr. F. De Ketelaere
dr. Ph. Lamoral
dr. K. Nagy
dr. N. Neyt
dr. K. Supply
prof. dr. G. Swennen
dr. B. Veys

Secretariaat AZ Sint-Lucas Brugge

T 050 36 52 50
secmka@stlucas.be
Sint-Lucaslaan 29
8310 Brugge

Figuur 5



Bronnen:

- Int J Oral Maxillofac Implants. 2000 May-Jun;15(3):405-14. Tilting of posterior mandibular and maxillary implants for improved prosthesis support. Krekmanov L1, Kahn M, Rangert B, Lindström H.
- Clin Implant Dent Relat Res. 2005;7 Suppl 1:S88-94. All-on-4 immediate-function concept with Brånemark System implants for completely edentulous maxillae: a 1-year retrospective clinical study.
- Maló P1, Rangert B, Nobre M. Clin Exp Dent. 2017 Mar; 9(3): e474-e488. The all-on-four treatment concept: Systematic review David Soto-Penaloza, Regino Zaragoza-Alonso, María Penarrocha-Diago and Miguel Penarrocha-Diago

Terugbetaling vanaf 1 september 2021 voor Rezum stoomtherapie: een minimaal invasieve behandeling voor goedaardige prostaatvergroting

Auteur: dr. Pieter Uvin

Eén op twee mannen boven de vijftig krijgt te maken met plasklachten door goedaardige prostaatvergroting (zoals een verminderde urinestraal, plassen in meerdere tijden en veelvuldig plassen van kleine hoeveelheden). Bij goedaardige prostaatvergroting neemt de transitiezone van de prostaat in volume toe van 5 tot zelfs 400 ml. Bij de meeste mannen gaat het over een volumetoename van enkele tientallen ml.

Deze aandoening kan initieel medicamenteus behandeld worden (met onder andere alfablokkers en 5-alfa-reductase inhibitoren) maar vaak is uiteindelijk toch een heelkundige oplossing nodig om de klachten te verhelpen en om nadelige gevolgen te vermijden (zoals beschadiging van blaas en nieren die onomkeerbaar kan zijn).

Tot recent paste de uroloog meestal een TURP (transurethrale resectie van de prostaat) toe om het goedaardige weefsel weg te schrapen met elektrische energie. Prostaten die te volumineus zijn (vanaf 80 ml volgens de richtlijnen van de "European Association of Urology") kunnen niet met een TURP behandeld worden en dan dient een abdominale ("open") prostatectomie of laser-enucleatie van de prostaat te worden uitgevoerd.

Een abdominale prostatectomie wordt uitgevoerd via een onderbuiksincisie en gaat vaak gepaard met fors bloedverlies. De sonde blijft meestal een vijftal dagen ter plaatse waardoor de patiënt vaak een week in het ziekenhuis verblijft. Een Holmium laser-enucleatie van de prostaat (HoLEP) is een procedure waarbij met laserenergie het goedaardige prostaatweefsel scherp kan uitgesneden worden langs het plaskanaal. In tegenstelling tot de TURP ontstaan op die manier geen kleine stukjes maar twee of drie grote prostaatkwabben. Vervolgens worden die goedaardige kwabben in de blaas versnipperd door een morcellator en opgehaald voor anatomopathologisch onderzoek via het plaskanaal.



Figuur 1: Tijdens een HoLEP-procedure worden de obstructieve adenoomkwabben scherp uitgesneden met laser-energie en hierna vermalen en opgezogen met een morcellator (Bron: Andros)

Gezien HoLEP enkele belangrijke voordelen heeft ten opzichte van TURP en abdominale prostatectomie (zoals minder bloedverlies en een kortere hospitalisatieduur van meestal slechts twee dagen), wordt vaak voor HoLEP gekozen. Het is een innovatieve en wetenschappelijk goed onderbouwde techniek die we aanbieden in AZ Sint-Lucas Brugge sinds juni 2019.

Het is belangrijk om het onderscheid te maken tussen behandelingen voor goedaardige prostaatvergroting (alle bovenstaande) en behandelingen voor prostaatkanker (zoals een robot-geassisteerde radicale prostatectomie). Bij heelkundige procedures voor goedaardige prostaatvergroting blijft het prostaatkapsel altijd ter plaatse waardoor het risico op erectiele dysfunctie en urineverlies zeer klein is.

Desondanks hebben alle heelkundige ingrepen die hierboven vermeld staan enkele nadelen. Gezien de blaashals telkens chirurgisch wordt opengemaakt treedt er quasi steeds een retrograde ejaculatie op wat resulteert in een "droog orgasme". Omdat deze ingrepen niet in daghospitalisatie kunnen worden uitgevoerd is altijd een hospitalisatie noodzakelijk.

Sommige patiënten (voornamelijk de relatief jonge mannen) stellen dan ook de vraag naar een minimaal invasieve behandeling voor goedaardige prostaatvergroting, waarbij geen "droog orgasme" optreedt en die kan uitgevoerd worden in daghospitalisatie.

Bij een behandeling met **Rezum stoomtherapie** wordt waterstoom met een temperatuur van 103°C in het goedaardige prostaatweefsel toegediend gedurende een tiental seconden, wat leidt tot celdood. Dit zorgt voor een verbetering van de obstructie die veroorzaakt wordt door het goedaardige prostaatweefsel, en hierna ook van de klachten die patiënten ervan ondervinden. De procedure kan in principe onder lokale anesthesie worden uitgevoerd, maar meestal wordt voor een korte algemene anesthesie gekozen. De procedure wordt in daghospitalisatie uitgevoerd. Een transurethrale sonde blijft na de procedure wel ter plaatse en wordt enkele dagen later verwijderd op de raadpleging. >>

Nieuwe stafleden

dr. Kristof Duthoi



We verwelkomen sinds 3 maart 2022 dokter Duthoi als staflid op onze dienst pathologische anatomie.

Dr. Kristof Duthoi studeerde af in de geneeskunde deels aan de UGent en deels in Nederland ('s Hertogenbosch, Nijmegen en Eindhoven). Hij genoot er eveneens zijn specialisatie pathologische anatomie.

Sinds september 2021 is dr. Dutoi diensthoofd pathologische anatomie in het AZ Alma ziekenhuis te Eeklo en werkte voordien ook al in JBZ 's Hertogenbosch, Amphia Breda en CMA Antwerpen.

Dr. Duthoi is aangesteld 1 dag per week (op donderdag) en zal, net als de andere stafleden, alle subdisciplines binnen het vakgebied behandelen.

dr. Ignace Dalle, diensthoofd pathologische anatomie

dr. Frederick Dochy



Sinds 1 maart 2022 heeft dokter Frederick Dochy de medische staf van de dienst neus-, keel- en oorziekten in het AZ Sint-Lucas vervoegd.

Dr. Frederick Dochy studeerde in 2014 met grote onderscheiding af in de geneeskunde aan de UGent. Hij specialiseerde zich in de neus-, keel- en oorheelkunde en de gelaat- en halschirurgie van 2014 tot en met 2019 aan het Universitair Ziekenhuis Gent onder leiding van diensthoofden prof. dr. I. Dhooge, prof. dr. H. Vermeersch en prof. dr. Ph. Deron. Hij was tijdens zijn opleiding gedurende één jaar werkzaam in het AZ Damiaan Oostende.

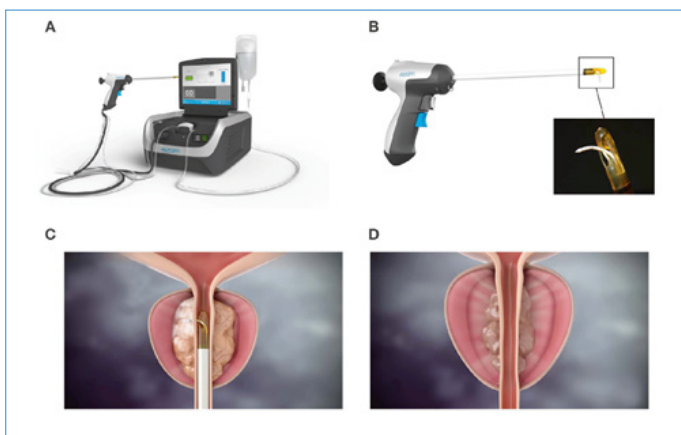
In 2018 behaalde hij als een van de eersten in België de titel 'Fellow of the European Board of Otorhinolaryngology, Head & Neck Surgery' door het slagen in het schriftelijk en mondeling Europees examen.

Gedurende de jaren 2019 tot en met 2021 was hij arts-staflid aan de dienst Hoofd- en halsheelkunde onder toezicht van prof. dr. Ph. Deron. Hij legde zich hier verder toe op de benigne (zoals schildklier- en oorspeekselklierchirurgie) en maligne gelaat- en halsspathologie, -chirurgie, en -oncologie. Daarnaast bekwaamde hij zich in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen in innovatieve chirurgie voor sociaal storend snurken en obstructief slaapneeu onder begeleiding van prof. dr. O. Vanderveken.

Sinds 1 maart 2022 zet dr. Frederick Dochy zich op de dienst Neus- keel- oorziekten van het AZ Sint-Lucas Brugge voornamelijk in voor algemene NKO-heelkunde, gelaat- en halschirurgie en diagnostiek en chirurgie voor snurken en obstructief slaapneeu. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met dr. De Moor, dr. Verhoye, dr. Vauterin, dr. Dick, dr. Lerut, dr. Speleman en dr. Vinck.

Hij consulteert en opereert voor dezelfde pathologieën ook in het AZ Sint-Jan Brugge. Hij blijft tevens consultant in het Universitair Ziekenhuis Gent op de dienst Hoofd- en Halsheelkunde voor gelaat-, hals- en snurk- en slaapapneuchirurgie.

Auteur: dr. Stefan De Moor, hoofddarts



Figuur 2: A & B: Het handstuk waarmee Rezum wordt uitgevoerd. C & D: Bij Rezum wordt onder hoge druk waterdamp ingespoten ter hoogte van de goedaardige prostaatkwabben, waardoor de prostaat krimpt (Bron: Boston Scientific).

Klinische studies tonen aan dat Rezum een veilige procedure is met een significante verbetering van de plasklachten. In een studie van McVary et al (Urology 126: 171-179, 2019) werden verder duurzame resultaten vastgesteld tijdens een opvolgingsduur van 4 jaar. De seksuele functie bleef ongewijzigd. Een ander voordeel van Rezum is de minimale leercurve (tenminste voor een uroloog die ervaring heeft met endo-urologische procedures).

Nadelen van Rezum zijn dat niet alle prostaatvolumes kunnen behandeld worden (enkel die tussen 30ml en 100ml) en dat er nog geen functionele resultaten op langere termijn (> 5 jaar) beschikbaar zijn. De verbetering van de functionele parameters na de ingreep (zoals de verbetering van de kracht van de straal) is ook minder indrukwekkend dan bij een "echte des-obstructieve prostaatingreep" (zoals TURP, abdominale prostatectomie en HoLEP). Verder wordt er geen weefsel opgehaald, zodat ook geen anatomopathologisch onderzoek kan worden uitgevoerd.

Een ander belangrijk nadeel van Rezum is de eerder hoge kostprijs. Het Rezum stoomapparaat kost ongeveer 1800 euro (voor éénmalig gebruik). Vanaf 1 september 2021 werd echter een terugbetaling voorzien door het RIZIV die het grootste deel van deze kost dekt.

Rezum kan gezien worden als een complementaire techniek aan een "volledige des-obstructieve prostaatingreep" (zoals HoLEP). Rezum kan ervoor zorgen dat de patiënt deze toch wat zwaardere ingreep vele jaren kan uitstellen (waarbij hij ook geen geneesmiddelen meer moet nemen), terwijl hij zijn seksuele functie volledig behoudt. Uitvoeren van een des-obstructieve prostaatingreep (zoals HoLEP of TURP) is dan ook perfect mogelijk na een Rezumprocedure. ■

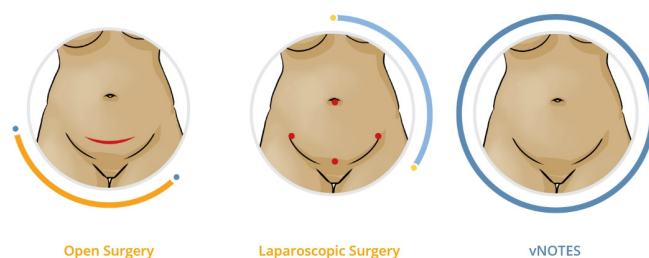
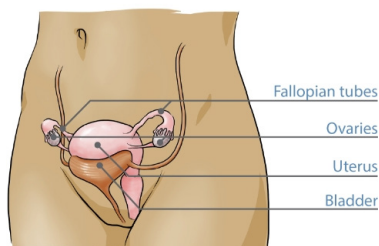
vNOTES hysterectomie: laparoscopie zonder zichtbare littekens

Auteur:

dr. Filip Claerhout namens de dienst gynaecologie-verloskunde

Op het einde van de twintigste eeuw werd laparoscopie geïntroduceerd in de gynaecologische heelkunde. Door de introductie van minimaal invasieve heelkunde werd de morbiditeit, geassocieerd met een laparotomie, verminderd. Minimaal invasieve heelkunde verbetert niet alleen de cosmetische resultaten, maar vermindert ook de inflammatoire en neuro-endocriene respons, wat resulteert in een sneller herstel en minder postoperatieve pijn. In 1989 werd de eerste laparoscopische hysterectomie uitgevoerd en is er een trend naar steeds minder invasieve technieken zoals "single-incision laparoscopy" of "natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES)"¹. Via NOTES wordt de abdominale holte benaderd zonder dat er zichtbare littekens worden gecreëerd. NOTES kunnen gebeuren via verschillende toegangen zoals via de maag, slokdarm, blaas en rectum, maar de meerderheid gebeurt transvaginaal, omdat de vagina een directe toegang tot de peritoneale holte toelaat.

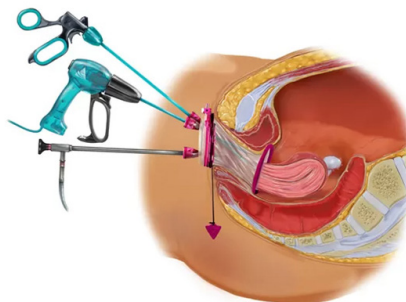
In 2015 werd de "Vaginal NOTES hysterectomy (vNOTES)" gepubliceerd². Deze techniek start zoals een klassieke vaginale hysterectomie waarbij via een achterste en voorste colpotomie respectievelijk de douglas en de vesico-uteriene peritoneale ruimte worden geopend. Nadat de sacro-uteriene banden zijn doorgemaakt wordt een wondretractor ingebracht die wordt afgesloten met een gelkussen (GELPOINT). Op deze manier kan een goed afgesloten CO₂-pneumoperitoneum worden verkregen. Doorheen het gelkussen worden 3 tot 4 trocars ingebracht langs waar de laparoscopische instrumenten en de camera kunnen worden ingebracht. Door de creatie van een goed pneumoperitoneum wordt een zeer goede visualisatie van de abdominale holte verkregen. Naast de voordelen van een goede zichtbaarheid biedt het gebruik van lange laparoscopische instrumenten de mogelijkheid om procedures hoger in het bekken, zoals adnexectomie, salpingectomie etc., op een veilige manier uit te voeren.



In 2018 werd een gerandomiseerd onderzoek gepubliceerd waarbij een vNOTES-hysterectomie werd vergeleken met een totaal laparoscopische hysterectomie (TLH)³. In deze geblindeerde gecontroleerde studie (HALON-study) werd aangetoond dat vNOTES-hysterectomie even werkzaam is als TLH maar resulteert in een significant kortere operatieduur (41 versus 75 minuten), een kortere hospitalisatieduur, minder postoperatieve complicaties tijdens de eerste zes weken postoperatief en minder pijn. 77 % van de patiënten die een vNOTES-hysterectomie onderging verliet het ziekenhuis binnen de 12 uur na de ingreep versus 43 % na een TLH. Er was geen verschil in postoperatieve dyspareunie 3 en 6 maanden na de hysterectomie.

Samenvattend kunnen we stellen dat naast het esthetische voordeel vNOTES-hysterectomie geassocieerd is met een lagere morbiditeit ten opzichte van een totale laparoscopische hysterectomie.

In AZ Sint-Lucas bieden we al de verschillende minimaal invasieve heelkundige technieken aan. Op basis van de indicatie en de patiëntkarakteristieken wordt beslist om de ingreep vaginaal, laparoscopisch of via vNOTES uit te voeren. ■



Bron figuren: Applied Medical

Bronnen:

- ¹ Nieboer TE, Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; 2:CD003677.
- ² Baekelandt J. Total Vaginal NOTES Hysterectomy (TVNH): a new approach to hysterectomy via Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery. J Minim Invasive Gynecol. 2015; 22:1088-1094.
- ³ Baekelandt JF, De Mulder PA, Le Roy I, Mathieu C, Laenen A, Enzlin P, Weyers S, Moï BWJ, Bosteels JJA. Hysterectomy by transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery versus laparoscopy as a day-care procedure: a randomised controlled trial. BJOG. 2019 Jan;126(1):105-113. doi: 10.1111/1471-0528.15504.

Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen

Auteur: dr. Filip Claerhout,
medisch diensthoofd gynaecologie-verloskunde



De komst van een baby betekent niet alleen hoop voor de toekomst, maar is ook een periode die gepaard gaat met een toenemende kwetsbaarheid voor psychologische stoornissen. Uit een recente bevraging in de UK (The Lancet editorial, 2017) blijkt dat 1 op 5 vrouwen psychische problemen in de perinatale periode ervaart. Bovendien blijkt dat drie kwart van de vrouwen die aan de DSM-5-criteria (American Psychiatric Association, 2013) voor angst- en depressieve stoornissen voldoen - bij niet-routinematig screenen - niet geïdentificeerd worden en slechts 1 op 10 vrouwen de hulp krijgt die ze nodig heeft (Kingston et al., 2015). Oorzaken hiervoor zijn een gebrek aan kennis, tijdsgebrek en het taboe dat rust op het benoemen van mentale problemen binnen deze verondersteld mooie periode.

Psychische problemen in de perinatale periode hebben talrijke negatieve effecten op de gezondheid en het welzijn van de moeder (onder andere meer suïcide bij ernstige psychiatrische stoornissen, hogere kans op chroniciteit van psychische problemen), de bevalling (onder andere vroegtijdige bevalling en laag geboortegewicht), de ontwikkeling van het (on)geboren kind (moeilijk temperament, vertraagde ontwikkeling, neurocognitieve moeilijkheden, emotionele en gedragsproblemen op latere leeftijd) en de moeder-kind interacties (onder andere lagere sensitiviteit, hechtingsproblemen, negatieve invloed op de kwaliteit van opvoeden).

Perinatale mentale stoornissen variëren van milde depressieve stoornissen en angststoornissen tot de ernstige postpartum-psychose. Het detecteren en bespreekbaar maken van sociale en mentale problemen tijdens de perinatale periode is van fundamenteel belang.

In dit kader werd in het AZ Sint-Lucas samen met de collegae van het AZ Sint-Jan een zorgpad perinatale mentale gezondheid gestart. In het zorgpad ligt de focus op het identificeren van risicofactoren, het screenen van depressie en angst en een klinische assessment met indien nodig doorverwijzing voor zorg. Als risicofactoren voor perinatale mentale stoornissen weerhouden we biologische risicofactoren (genetische kwetsbaarheid, zwangerschapscomplicaties, ...), psychiatrische/psychologische risicofactoren (persoonlijke en familiale psychiatrische voorgeschiedenis, persoonlijkheidskenmerken, niet gewenste zwangerschap ...) en sociale risicofactoren (partnergeweld, gebrek aan ondersteuning, stress ...). Het psychosociaal assessment houdt een bevraging in van deze risicofactoren en gebeurt best tijdens het eerste contact met de perinatale zorg. Bij aanwezigheid van risicofactoren kan de vraag worden gesteld of men hiervoor hulp wenst en kan de zwangere worden doorverwezen.

Een tweede onderdeel van het zorgpad is een screening voor angst en depressie op een zwangerschapsduur van 20-24 weken aan de hand van Whooley-vragen en GAD-2-vragen. Dit zijn telkens twee eenvoudige vragen waarmee een depressie of angststoornis

kan worden uitgesloten. Indien patiënte positief antwoord geeft op één van deze twee short-forms wordt gevraagd om een uitgebreide vragenlijst in te vullen (EPDS of GAD-7). Op basis van de antwoorden op deze grotere vragenlijsten wordt het verder beleid bepaald volgens een algoritme.

Indien patiënten boven een bepaalde drempelwaarde scoren worden de patiënten verwezen naar de psycholoog in het ziekenhuis of, indien de patiënte reeds in behandeling is, naar de behandelende psycholoog voor een psychosociaal assessment. Op basis van de bevindingen van de psycholoog wordt een plan opgesteld en wordt geoordeeld of een doorverwijzing nodig is naar de psychiater.

Indien blijkt uit de vragenlijst dat patiënten suïcidale neigingen heeft wordt zij onmiddellijk naar de psychiater doorverwezen.

Tijdens het verblijf op de materniteit is er ook bijzondere aandacht voor het mentaal welzijn van de pas bevallen moeders. De vroedvrouwen kregen hierover een bijkomende opleiding. Vier tot zes weken en zes maanden na de bevalling wordt opnieuw een screening uitgevoerd door de thuisvroedvrouw.

Een goede perinatale geestelijk gezondheidszorg is inherent multidisciplinair met aandacht voor beide ouders en de kinderen. Hierin hebben zowel de huisarts, vroedvrouw, psycholoog, sociale dienst, gynaecoloog en psychiater hun plaats.

Wij zijn blij om in het AZ Sint-Lucas beroep te kunnen doen op de ondersteuning door psychologe Nancy David, maatschappelijk assistenten Nancy Snauwaert en Maya Delafontaine, dr. Thomas Santy, psychiater en dr. Marijke Vandepitte, kinder- psychiater-consulent. dr. Santy en dr. Vandepitte hebben een bijzondere interesse en expertise in dit vakdomein. Marijke Vandepitte is verbonden aan WINGG (West-Vlaams integrerend netwerk geestelijke gezondheid) en gespecialiseerd in de preventieve zorg voor de allerkleinsten (van conceptie tot 2,5 jaar). Vanuit deze focus heeft zij een belangrijke expertise uitgebouwd in de zorg voor zwangeren en parturiënten met een mentale problemen en de interactie met hun baby. Daarnaast is zij onderlegd in EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing). EMDR kan worden toegepast na traumatische ervaringen gerelateerd aan de zwangerschap of bevalling.

Om de communicatie tussen deze verschillende actoren te verbeteren, wordt gewerkt aan een elektronische applicatie die binnen- kort zal beschikbaar zijn. Deze applicatie zal de communicatie tussen de verschillende zorgverleners inclusief de huisarts optimaliseren.

Voor verdere informatie over dit project kan u cindy.bastiaen@stlucas.be (hoofdverpleegkundige gynaecologie-verloskwartier) contacteren. ■

De meerwaarde van telemonitoring voor zwangeren met hoge bloeddruk – de Vlaamse Premom II-studie

dr. Hilde Logghe, gynaecoloog

dr. Caroline Van Holsbeke, gynaecoloog

Veerle Deprest, studievroedkundige

Bij 5 tot 8 procent van alle zwangerschappen wereldwijd wordt een diagnose van hoge bloeddruk gesteld. De term 'hoge bloeddruk' omvat alle bloeddruk gerelateerde problemen tijdens de zwangerschap, zoals chronische hypertensie (een hoge bloeddruk vastgesteld vóór 20 weken zwangerschap), zwangerschapshypertensie (een hoge bloeddruk die ontstaat na 20 weken zwangerschap), pre-eclampsie (zwangerschapsvergiftiging) en/of HELLP-syndroom. Pre-eclampsie treft ongeveer 3 tot 5 procent van alle zwangerschappen en wordt gekenmerkt door de combinatie van hoge bloeddruk met een gestoorde werking van organen als nieren, lever, moederkoek ... De ontwikkeling van pre-eclampsie kan vroeg zijn (voor 34 weken zwangerschap), of laat (na 34 weken zwangerschap). Wanneer pre-eclampsie onbehandeld blijft, kan dit ernstige gevolgen hebben: wereldwijd is deze aandoening één van de hoofdoorzaken van sterfte van jonge moeders en/of hun kind. Het opstarten van Asaflow vroeg in de zwangerschap bij patiënten met een verhoogd risico op hypertensieve complicaties vermindert de kans op zwangerschapsvergiftiging. Omwille van deze reden is het belangrijk om zwangeren met verhoogd risico te identificeren en intensief op te volgen. Bloeddruktelemonitoring kan hiervoor worden gebruikt. Dit werd voor het eerst gebruikt in de jaren '90. Deze techniek zorgt ervoor dat de patiënten in hun thuissituatie opgevolgd worden door een zorgverlener in het ziekenhuis.

In **PREMOM I** (PRegnancy Remote Monitoring) werd het effect van bloeddruk telemonitoring bestudeert. In de studie kregen zwangeren met bloeddrukproblemen een app geïnstalleerd op de smartphone, gekoppeld aan een bloeddrukmeter, een stapenteller en een weegschaal. De gegevens hierover werden doorgestuurd naar een computer in het ziekenhuis, beoordeeld door een studievroedvrouw, eventueel besproken met een gynaecoloog en indien nodig werd overgegaan tot het opstarten of aanpassen van de bloeddrukmedicatie, een extra prenataal consult, etc. De studie kwam tot de volgende besluiten: in de groep met telemonitoring waren er minder prenatale ziekenhuisopnames, minder diagnoses van pre-eclampsie, minder inducties en minder opnames van de pasgeborene op de Neonatale Intensieve Zorgen. Daarnaast was de gezondheidskost in de telemonitoring groep beduidend lager (tussen € 740,38 en € 1950,05 lager per zwangere). De telemonitoring werd zowel door de patiënten als de zorgverleners als positief ervaren en beiden rapporteerden een verhoogd gevoel van veiligheid.

Als vervolg op PREMOM I werd in 2019 met **PREMOM II** gestart. In tegenstelling tot PREMOM I is PREMOM II een multicentrische studie over gans Vlaanderen met als doel de veelbelovende resultaten van PREMOM I te bevestigen in een grote studiepopulatie. Deze studie wordt gecoördineerd vanuit het Limburg Clinical Research Center en ondersteund en gefinancierd door het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek (FWO). In deze studie worden zwangeren tussen 11-14 weken gescreend op hun risico op zwangerschapsvergiftiging aan de hand van hun voorgeschiedenis en echografisch meting van de doorbloeding van de art. uterina. De patiënten met een verhoogd risico kunnen worden geïncludeerd en bij inclusie worden gerandomiseerd naar:

1. De controlegroep: zwangeren met een verhoogd risico op bloeddrukproblemen, maar zonder telemonitoring.
2. De telemonitoring groep: zwangeren met een verhoogd risico op bloeddrukproblemen die telemonitoring krijgen en waarbij de studievroedvrouw de bloeddrukken beoordeelt in het ziekenhuis.
3. De patiënt zelfmonitoring groep: zwangeren met een verhoogd risico op bloeddrukproblemen, die ook telemonitoring ontvangen, maar waar de studievroedvrouw niet meekijkt naar de resultaten. De zwangere zelf wordt uitgelegd (door middel van een instructie video, meldingen in de app etc.) hoe te reageren op haar bloeddrukken.

Sinds 2019 nemen AZ Sint-Lucas Brugge en AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV ook deel aan de PREMOM II studie. In het AZ Sint-Lucas wordt het project gecoördineerd door vroedvrouw Veerle Deprest en gynaecologen, Dr. Hilde Logghe en Dr. Caroline Van Holsbeke. In 2021 werd de studie uitgebreid naar andere West-Vlaamse ziekenhuizen en coördineert Veerle Deprest ook de inclusie van patiënten uit andere West-Vlaamse ziekenhuizen.

Artsen of patiënten die meer informatie wensen over de studie kunnen steeds contact opnemen met veerle.deprest@stlucas.be.

Het screeningsproces van elke zwangere is een meerwaarde en een goede gewoonte in de verloskunde. Het screeningsproces identificeert de moeder die een verhoogd risico heeft op zwangerschapsvergiftiging in haar zwangerschap en essentiële hypertensie of trombose in haar verdere levensloop. Een vergelijking naar het project Zoet Zwanger, waar een zwangere met zwangerschapsdiabetes levenslang opgevolgd en begeleid wordt door haar huisarts, ligt binnen handbereik. Moderne verloskunde berekent beter dan vroeger de kans op medische complicaties levenslang. Een mooie samenwerking tussen verloskunde-gynaecologie en huisartsen opnieuw bekrachtigd. ■

